

LES RÉINTERVENTIONS DANS LA CHIRURGIE DE L'ULCÈRE GASTRO - DUODÉNAL

(Travail du Service de Monsieur le Professeur Agrégé Desjackets
Hôpital Edouard-Herriot)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Claude DOINEAU

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 20 Octobre 1931, à SAINT-GERMAIN-DES-PRÉS (Maine-et-Loire)



BOSC Frères
Imprimeurs-Editeurs
42, quai Gailleton, 42
LYON
—
1955

**LES RÉINTERVENTIONS
DANS LA CHIRURGIE DE L'ULCÈRE
GASTRO-DUODÉNAL**

LES RÉINTERVENTIONS DANS LA CHIRURGIE DE L'ULCÈRE GASTRO - DUODÉNAL

(Travail du Service de Monsieur le Professeur Agrégé Desjacques
Hôpital Edouard-Herriot)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Claude DOINEAU

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 20 Octobre 1931, à SAINT-GERMAIN-DES-PRÉS (Maine-et-Loire)



BOSC Frères
Imprimeurs-Editeurs
42, quai Gailleton, 42
LYON

—
1955

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen M. HERMANN. | Doyen honoraire M. J. LEPINE.
 Assesseur. M. J. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,
 LEPINE, HAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURQUAND, MAZEL, LEULIER, GARIN.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.	P. RAVAUT.
Clinique chirurgicale A.	SANTY.
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.	BONNET.
Clinique urologique.	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFORT.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.	PIGEAUD.
Clinique stomatologique.	DUCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.	BERNHEIM.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MAYOUX.
Physiologie.	HERMANN.
Anatomie pathologique.	J.-F. MARTIN.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	PONTHUS.
	(détaché à Beyrouth)
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.	CHAMBON.
Pathologie générale et expérimentale.	JOSSERAND.
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.	DELORE.
Anatomie.	GABRIELLE.
Pathologie interne.	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale.	ENSELME.
Pathologie chirurgicale.	MALLET-GUY.
Histologie.	NOEL.
Pharmacie galénique et matière médicale.	REVOL.
Médecine du travail.	BOURRET.
Thérapeutique.	LEVRAT.
Hygiène et action sanitaire et sociale.	SOHIER.
Biologie médicale et pharmacodynamie.	JOURDAN.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.
Propédeutique chirurgicale.	BERTRAND.
Chimie analytique pharmaceutique.	BADINAND.
Pharmacie et pharmacologie.	DREVON.
Médecine légale et déontologie.	ROCHE.
Parasitologie et pathologie exotique.	X...



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique. M. BANSILLON. | Physique biologique M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Parasitologie. MM. ROMAN.	Pharmacie galénique	
Parasitologie. COUDERT.	et matière médicale. MM.	DORCHE.
Physiologie. CIER J.-F.	Anatomie.	DUROUX.
Physiologie. CHATONNET	Pharmacie et Pharmacologie	CIER André.
Chimie biologique	Hygiène.	BENAZET.
et médicale CREYSSER R.	Anatomie pathologique	FEROLDI.
Bactériologie. BERTOYE A.	Chimie organique	
	et Toxicologie	PERROT L.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale . MM.	GALY.	Ophtalmologie. MM.	PAUFIQUE.
Pathologie médicale ..	GONIN.	Obstétrique.	MAGNIN.
Pathologie médicale ..	GUINET.	Obstétrique.	MATHIEU J.
Pathologie médicale ..	PONT.	Obstétrique.	BURTHIAULT.
Pathologie médicale ..	VIGNON.	Oto-rhino-Laryngologie.	GIGNOUX.
Pathologie médicale ..	REVOL.	Dermato-Vénérologie	THIERS.
Pathologie médicale ..	TRAEGER.	Urologie	PERRIN.
Pathologie chirurgicale	MANSUY.	Neuro-Chirurgie.	LECUIRE.
Pathologie chirurgicale	DARGENT.	Orthopédie	MARION Joseph.
Pathologie chirurgicale	GUILLET.	Stomatologie	FREIDEL.
Pathologie chirurgicale	MARION P.	Electro-Radiologie	PAPILLON.
Pathologie chirurgicale	MICHAUD.	Pédiatrie et Puériculture.	FRANÇOIS.
Pathologie chirurgicale	JAUBERT.	Thérapeutique	BRETTE.
	de BEAUJEU.	Maladies infectieuses.	MONNET.
Pathologie chirurgicale	SAUTOT.		

CHARGE DES FONCTIONS D'AGREGE

Médecine légale. M. COLIN.

CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGE

Histologie. M. DUMONT Louis. | Physique biologique. M. MORET.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

**Président : M. GABRIELLE ; Assesseurs : MM. J. DESJACQUES
 LECUIRE et GUILLET.**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FRERE ET A MES SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A mon Instituteur, M. R. VERGER

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GABRIELLE

Commandeur de la Légion d'honneur

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
Thèse.

Nous lui en exprimons toute notre
reconnaissance et l'assurons de notre
plus profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé DESJACQUES

Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a fait l'honneur de nous confier la rédaction de ce travail sur un sujet qui lui est particulièrement cher.

Nous le remercions de la confiance qu'il nous a ainsi témoignée.

Il a contribué largement à l'élaboration de cette Thèse et il nous a sacrifié des heures très précieuses.

Au cours de deux semestres d'Externat passés dans son service, nous avons admiré la sûreté de son diagnostic et sa maîtrise opératoire.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive gratitude et de notre entier dévouement.

Monsieur le Professeur Agrégé GUILLET

Monsieur le Professeur Agrégé LECUIRE

Nous les remercions d'avoir accepté d'être nos juges.

Hommage respectueux.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur DUFOURT
Monsieur le Professeur DESJACQUES
Monsieur le Professeur GUILLEMINET
Monsieur le Docteur MONNET
Monsieur le Professeur CROIZAT
Monsieur le Professeur REVOL

Dont nous avons eu l'honneur
d'être l'Externe.

A Monsieur le Médecin-Général GIRAUD

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A TOUS NOS MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LYON
ET DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

Pendant les quatorze années comprises entre juillet 1941 et juin 1955, 1.036 malades ont été opérés par notre maître, le Professeur Agrégé Desjacques, dans son service à l'Hôpital Edouard-Herriot, pour un ulcère gastro-duodénal simple ou compliqué. Sur ces 1.036 malades, 119 ont été réopérés une ou plusieurs fois, la première intervention ayant été faite parfois par un autre chirurgien ; après une rapide étude statistique, portant sur l'ensemble des opérés, nous essaierons d'étudier spécialement ces 119 malades.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE STATISTIQUE PORTANT SUR L'ENSEMBLE DES OPERES

MALADES OPÉRÉS UNE SEULE FOIS : 917

MALADES RÉOPÉRÉS UNE OU PLUSIEURS FOIS : 119

A. — Les 917 malades opérés une seul fois se répartissent ainsi :

1°. — *Gastrectomies* (699 cas, 44 décès) faites à froid pour traiter un ulcère non compliqué, étant entendu que nous ne considérons pas comme compliqué l'ulcère perforé bouché.

Dans presque tous les cas, la gastrectomie a été faite suivant la technique de Billroth II et l'anastomose gastro-jéjunale a été réalisée à l'aide d'un bouton anastomotique (Bouton de Jaboulay, puis bouton de Villard à partir de 1946).

	HOMMES		FEMMES	
	opérés	décès	opérées	décès
1941-42	20	1	7	1
43	36	1	4	1
44	37	4	6	0
45	30	2	3	0
46	59	6	6	0
47	57	3	2	0
48	78	13	7	1
49	34	4	4	0
50	71	0	4	0
51	50	0	3	0
52	78	1	7	0
53	41	5	5	0
54	23	0	6	1
1955	21	0	2	0
Total	633	40	66	4

Ainsi, donc, nous trouvons 699 gastrectomisés :

Hommes :

633 cas

40 décès

Mortalité : 6,6 %.

Femmes :

66 cas

4 décès

Mortalité : 6,25 %.

Mais pour apprécier plus justement cette mortalité, il convient de tenir compte des réinterventions précoces qui seront étudiées au chapitre suivant. Nous avons relevé 21 interventions précoces ayant entraîné 9 décès qui doivent être comptés dans la mortalité opératoire, ainsi donc, nous avons :

720 gastrectomies

53 décès

Soit une mortalité de 7,2 %.

La mortalité immédiate est donc sensiblement la même chez les hommes et chez les femmes. La mortalité apparaît différente suivant les années. Suivant les années, on a opéré les malades plus ou moins résistants ; les médecins ont varié dans leurs indications de la chirurgie et les antibiotiques ont certainement amélioré les suites opératoires.

2°. — *Gastro-entéro-anastomoses* (159 cas, 14 décès) faites également à froid, pour traiter un ulcère non compliqué.

Il convient de remarquer que cette intervention faite à la suture ou au bouton anastomotique a été réservée, le plus souvent, à des malades en mauvais état général du fait de leur âge, d'une sténose associée, ou en raison d'une tare viscérale quelconque.

	HOMMES		FEMMES	
	opérés	décès	opérées	décès
1941-42	5	0	1	0
43	17	1	5	0
44	15	3	1	0
45	14	2	5	0
46	48	0	4	0
47	12	3	2	0
48	8	3	1	0
49	6	1	1	0
50	2	0	0	0
51	0	0	3	0
52	2	0	0	0
53	3	0	1	0
54	0	0	2	1
1955	1	0	0	0
Total	133	13	26	1

Les conditions dans lesquelles a été faite la gastro-entéro-anastomose expliquent ce taux paradoxal de mortalité élevée.

3° *Interventions pour ulcère perforé en péritoine libre : suture de la perforation avec ou sans gastro-entéro-anastomose :*

31 cas

10 décès

Mortalité : 32 %.

4° *Interventions pour traiter une hémorragie gastrique d'origine ulcéreuse (cf. Thèse de Chovet. Lyon 1954) :*

38 cas

16 décès.

B. — Les 119 malades réopérés une ou plusieurs fois se répartissent ainsi :

1° *Réinterventions après gastrectomie :*

44 cas

12 décès.

2° *Réinterventions après gastro-entéro-anastomose :*

51 cas

8 décès.

3° *Réinterventions après ulcère perforé :*

22 cas

3 décès

4° *Dragstedt :*

6 cas

2 décès

(4 de ces observations ont été utilisées aux paragraphes précédents).

Dans chaque groupe de réinterventions, nous désignons sous le terme de « précoces » celles qui furent pratiquées dans les 6 premiers mois.

CHAPITRE II

LES REINTERVENTIONS APRES GASTRECTOMIE

A. — Réinterventions précoces : 21 cas, 9 décès.

soit une mortalité presque égale à 50 % ; dans la majorité des cas, la gastrectomie initiale avait été du type Billroth II et réalisée par le D^r Desjacques. Dans un cas, le D^r Desjacques avait fait une gastrectomie du type Kocher, et dans un autre cas, la gastrectomie avait été faite par un autre chirurgien. Ces réinterventions ont été pratiquées pour traiter :

1° *Hémorragie intra-péritonéale.*

— Un cas, guérison (Observation 1).

Hémorragie importante due vraisemblablement à un défaut d'hémostase d'une veine de la paroi dans la région du ligament rond.

2° *Occlusion aiguë de l'intestin grêle.*

— 2 cas, un décès.

Dans un cas (Observation 2), l'occlusion était due à l'arrêt du bouton anastomotique au niveau de la partie terminale rétrécie de l'intestin grêle.

Dans l'autre cas (Observation 3), il s'agissait d'une hernie interne du grêle dans un orifice créé par l'anastomose gastro-jéjunale. Cette observation rentre dans le cadre des « Etranglements dans le hiatus rétro-anastomotique après gastrectomie » décrits par G. Roux (*Journal de Chirurgie* 1954) et encore appelés « Hernies de Pétersen », par les auteurs allemands et anglo-saxons.

3° *Obstruction de la bouche anastomotique :*

— 6 cas, 2 décès.

Dans les différents cas, cette obstruction s'est manifestée par l'abondance des vomissements post-opératoires et par leur persistance, mais la réintervention a montré que le mécanisme de l'obstruction est variable. En effet, il s'agissait :

a) Dans deux cas, d'un prolapsus de la muqueuse gastrique réalisant un véritable bouchon muqueux.

Dans un cas (Observation 4), ce bouchon muqueux fut simplement réséqué.

Dans l'autre (Observation 5), le D^r Desjacques réalisa une nouvelle gastro-entéro-anastomose antérieure rétro-colique.

b) Dans un cas d'une sténose cicatricielle de la bouche qui fut agrandie par le procédé de la coche (Observation 6).

c) Dans 3 cas d'une oblitération de la bouche anastomotique par des adhérences fibrineuses. Pour pallier à cette obstruction, furent réalisées :

— une nouvelle gastro-entéro-anastomose (Observation 7);

— une jéjuno-jéjunostomie (Observation 8) ;

— une duodéno-jéjunostomie (Observation 9).

Ce mécanisme d'obstruction de la bouche semble le plus redoutable puisqu'il fut responsable des deux décès.

4° *Rétention gastrique du bouton anastomotique :*

— 3 cas, aucun décès.

Dans deux cas, le bouton était libre dans l'estomac et il fut facilement extrait par gastrotomie (Observations 10 et 11). Dans un autre cas, il était resté en place, et il fallut refaire une nouvelle gastro-entéro-anastomose après ablation du bouton. Les chutes du bouton dans l'estomac s'observaient dans la technique de Kocher ou dans la technique de Billroth II avec l'emploi du bouton de Jaboulay. Avec le bouton de Villard, seul actuellement utilisé par le D^r Desjacques, on n'observe plus cette chute du bouton dans l'estomac.

5° *Collections suppurées :*

— 9 cas, 6 décès.

a) Abscès sous-phréniques : 3 cas, un décès (Observations 13, 14, 15).

Ces trois abscesses ont été observés avant 1945, c'est-à-dire avant l'emploi généralisé des antibiotiques.

b) Fistules duodénales : 4 cas, 3 décès (Observations 16, 17, 18, 19) : désunion du moignon duodénal.

c) Péritonites restées d'origine indéterminée et pour lesquelles fut, sans succès, réalisé un simple drainage.

— 2 cas, 2 décès (Observations 20 et 21).

B. — Réinterventions tardives : 23 cas, 3 décès.

soit une mortalité inférieure à 14 %. Ces différentes réinterventions ont été pratiquées pour traiter :

1° *Ulcère peptique* :

— 14 cas, 3 décès, mortalité : 21 %.

(Observations de 22 à 35).

12 de ces malades avaient été gastrectomisés par le D^r Desjardes et, sauf dans deux cas, la gastrectomie avait été du type Billroth II ; les deux autres malades avaient été gastrectomisés par un autre chirurgien.

Le plus souvent, les ulcères peptiques se sont manifestés dans la première année ; après une période de guérison d'environ 6 mois, sont réapparues des douleurs épigastriques d'abord périodiques puis continues, bientôt intolérables, aboutissant à une réintervention qui fut presque toujours pratiquée dans les trois premières années. Cependant, il est des cas où l'ulcère peptique est apparu plus précocement, le malade ne semblant pratiquement pas amélioré par la première intervention et dans un cas (observation 29), la réintervention fut pratiquée au bout de deux mois. Parmi ces 14 malades, 2 ont présenté un ulcère peptique récidivant et furent opérés respectivement trois et quatre fois (observations 35 et 32).

2° *Prolapsus de la muqueuse gastrique dans la bouche anastomatique :*

— 4 cas, aucun décès (observations 36, 37, 38, 39).

Dans trois cas, le bouchon muqueux fut réséqué au cours d'une nouvelle gastrectomie ; dans un cas, cependant (observation 39), la face postérieure de l'estomac fut simplement étalée et fixée aux organes du voisinage.

3° *Troubles de canalisation de l'anse afférente.*

— 3 cas, aucun décès (observations 40, 41, 42).

Trois malades ont été réopérés parce qu'ils présentaient des douleurs épigastriques accompagnées, dans deux cas, de vomissements. Au cours de l'intervention, on ne trouva ni ulcère peptique, ni rétrécissement de la bouche anastomotique mais une anomalie au niveau de l'anse afférente qui était longue et plate, ou dilatée, ou légèrement tordue ; dans les trois cas fut pratiquée une jéjuno-jéjunostomie qui, d'ailleurs, améliora peu les malades. Un malade avait été gastrectomisé par le D^r Desjacques, les deux autres avaient, la première fois, été opérés en dehors du service.

4° *Obstruction de la bouche anastomotique par des adhérences fibrineuses après gastrectomie du type Kocher.*

— Un cas de guérison (Observation 43).

Cette obstruction fut traitée par une gastro-entéro- anastomose postérieure à la suture.

5° *Occlusion aiguë de l'intestin grêle par volvulus.*

— Un cas, guérison (Observation 44).

CHAPITRE III

REINTERVENTIONS APRES GASTRO-ENTERO-ANASTOMOSE

A. — Réinterventions précoces.

— Un cas. Guérison (Observation 45).

Il s'agit d'une perforation d'un ulcère du duodénum, 4 mois après la gastro-entéro-anastomose chez un malade qui ne suivait aucun traitement médical, et négligeait complètement son régime.

B. — Réinterventions tardives.

— 50 cas, 8 décès ; mortalité : 16 %.

Ces réinterventions ont été pratiquées pour :

1° *Ulcère peptique* :

— 34 cas, 5 décès ; mortalité : 15 %.

Il s'agissait :

a) D'ulcères peptiques simples survenant après gastro-entéro-anastomose faite par le D^r Desjacques.

— 13 cas, un décès (Observations 46 à 58).

b) D'ulcères peptiques simples survenant après gastro-entéro-anastomose faite en dehors du service :

— 11 cas, 2 décès (Observations 59 à 69).

c) D'ulcères peptiques compliqués.

— 5 cas, 5 guérisons.

Observation 70 : ulcère peptique perforé en péritoine libre.

Observation 71 : ulcère peptique perforé bouché dans la paroi abdominale.

Observations 72, 73, 74 : ulcères peptiques hémorragiques.

d) D'ulcères peptiques récidivants :

— 5 cas, 2 décès (*Observations 75 à 79*).

Les ulcères peptiques survenant après gastro-entéro-anastomose ont la même symptomatologie que ceux survenant après gastrectomie mais ils sont beaucoup plus tardifs, apparaissent souvent 8 à 10 ans après la première intervention.

Dans un cas (*observation 65*), le malade a recommencé à souffrir au bout de 20 ans, et il a été réopéré 4 ans plus tard.

2° *Les malades d'un second groupe ont été réopérés parce qu'ils présentaient des douleurs ou des vomissements apparus au bout d'un temps variable.* Ces malades ne présentaient pas d'ulcère peptique.

— 16 cas, 3 décès.

Six de ces malades avaient été opérés la première fois par le Dr Desjacques et les 10 autres avaient été opérés en dehors du service. Dans presque tous les cas fut pratiquée une gastrectomie Billroth II. Dans un cas seulement (*Observation 104*), fut pratiquée une nouvelle bouche anastomotique. L'examen des pièces d'exérèse a montré qu'il s'agissait :

a) De la persistance de l'ulcère gastro-duodénal :

— 9 cas, 2 décès. *Observations 80 à 87 et 95.*

b) De simples lésions de gastrite :

— 2 cas, aucun décès. *Observations 88 et 89.*

c) D'anomalies de la bouche anastomotique :

— 2 cas, aucun décès.

Dans un cas (*Observation 90*), la bouche anastomotique était oblitérée par des adhérences fibrineuses ; dans l'autre cas (*Observation 91*), elle était, au contraire, trop large.

d) De douleurs sans substratum anatomique apparent :

— 3 cas, 1 décès. *Observations 92, 93, 94.*

CHAPITRE IV

REINTERVENTIONS APRES ULCERE PERFORE

A. — Réinterventions précoces.

— 5 cas, 2 décès.

1° Tout d'abord, 2 *malades furent gastrectomisés systématiquement*, un mois après la suture d'une perforation ulcéreuse.

— 2 cas, 2 guérisons, observations 96 et 97.

2° 2 *furent réopérés pour un abcès sous-phrénique* (l'un d'eux tardif).

Observations 98 et 99.

— 2 cas, 2 décès.

3° *Occlusion intestinale aiguë du grêle.*

— 1 cas, guérison (Observation 100).

Occlusion survenue au neuvième jour.

B. — Réinterventions tardives.

— 17 cas, aucun décès.

1° 12 *malades furent gastrectomisés parce qu'ils présentaient des douleurs épigastriques du type ulcéreux* (8 de ces malades avaient, la première fois, été opérés en dehors du service). L'examen des pièces opératoires a montré :

— 8 fois, la persistance de l'ulcère (Observations 101 à 107).

— 3 fois, une simple plaque inflammatoire, là où siégeait l'ulcère (Observations 108, 109, 110).

— 1 gastrite hypertrophique (Observation 111).

2° *Anomalie de la bouche anastomotique :*

— 1 cas (Observation 112), la bouche anastomotique rétrécie fut agrandie par le procédé de la coche.

3° *Occlusion aiguë de l'intestin grêle :*

— 3 cas, aucun décès.

Ces occlusions étaient dues :

— à l'arrêt du bouton anastomotique à la partie terminale du grêle (Observation 116).

— à une adhérence fibrineuse (Observation 115) ;

— à une hernie du grêle dans un orifice créé par la gastro-entéro-anastomose (Observation 114) : engagement du grêle dans une brèche du méso-côlon transverse.

4° *Ulcère peptique.*

— Un cas, guérison (Observation 117).

Il convient de noter que, sur ces 17 réinterventions tardives après ulcère perforé, il n'y eut aucun décès.

CHAPITRE V

OPERATIONS DE DRAGSTEDT

— 5 cas, 2 décès.

5 opérations de Dragstedt furent pratiquées pour traiter un ulcère peptique.

1° *Ulcère peptique simple après gastrectomie.*

— Deux cas, un décès.

Observations 34 et 35.

2° *Ulcère peptique récidivant après gastrectomie :*

— 1 cas, guérison.

Observation 75.

3° *Ulcère peptique après gastro-entéro-anastomose faite au moment de la suture d'un ulcère gastro-duodénal perforé.*

— 2 cas, 1 décès.

Observations 119 et 113.

Le décès (Observation 113) semble bien imputable à l'opération de Dragstedt qui entraîna un énorme météorisme abdominal.

Réintervention après Dragstedt

Un malade (Observation 118), a subi une opération de Dragstedt pour ulcère en 1947, mais il a continué à souffrir, et surtout présentait une atonie gastrique considérable. Il fut guéri par une gastrectomie Billroth II.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Nous rapportons 119 observations réparties en 4 groupes.

A) Réinterventions après gastrectomie.

B) Réinterventions après gastro-entéro-anastomose.

C) Réinterventions après ulcère perforé.

D) Ulcères traités par l'opération de Dragstedt.

Nous nous excusons de la brièveté de nos observations, mais, étant donné leur nombre, nous ne pouvons en présenter qu'un résumé.

A. — REINTERVENTIONS APRES GASTRECTOMIE

(44 observations).

OBSERVATION 1.

F. Adolphe, 40 ans, entré le 19 février 1951.

Intervention 21 février 1951, D^r Desjacques.

Gros ulcère calleux du duodénum. Duodénogastrectomie Billroth II au nouveau Villard. Le lendemain, à 11 heures du matin, le malade est pâle. Pouls à 120. Tension artérielle à 10. Le malade continue à décliner. A 13 h. 30, la tension artérielle est à 7, le pouls à peine perceptible, pâleur intense.

Intervention 22 février 1951, D^{rs} Desjacques, Blanchet.

Malade en perfusion de sang ; incision médiane, une masse de caillots occupe l'espace inter-hépto-colique ; cette masse devait comprimer le cœur à travers le diaphragme et peut-être aussi la veine porte car le foie est petit et anémique. Ablation de cette masse de caillots. L'hémorragie vient peut-être d'une veine de la paroi, dans la région du ligament rond. Ligature du ligament rond, un drain.

Suites opératoires simples.

OBSERVATION 2.

H. Marie, 46 ans, entrée le 18 septembre 1953.

Intervention 22 septembre 1953, D^r Desjacques :

Duodéno-gastrectomie Billroth II au nouveau Villard, pour ulcère de la petite courbure.

22 octobre 1953, tableau d'occlusion aiguë du grêle.

Intervention 22 octobre 1953, D^{rs} Desjacques, Sisteron.

Le bouton est arrêté à la partie moyenne du grêle, la partie terminale étant très rétrécie ; extraction par entérotomie.

Suites : sort guéri le 19 décembre 1953.

OBSERVATION 3.

R. Gomez, 40 ans, entré le 12 mars 1953, pour ulcère du duodénum.

Intervention 16 mars 1953, D^r Desjacques : duodénogastrectomie Billroth II. Le 21, l'opéré vomit, les gaz se font normalement. pas de météorisme ; le malade continue à vomir, le faciès s'altère progressivement.

Intervention 25 mars 1953, D^{rs} Desjacques, Desbrosses.

On repasse par l'incision médiane, c'est un volvulus total du grêle qui a dû se faire récemment, car il y a des gaz dans le côlon transverse, et les anses volvulées ne sont même pas violettes. C'est en partant de l'angle duodéno-jéjunal que l'on s'aperçoit que l'anse afférente est bloquée contre la colonne vertébrale, ce qui évoque l'idée d'un volvulus. En détordant, on s'aperçoit que c'est un volvulus total, le paquet d'anses grêles ayant dû passer dans l'orifice formé par l'anse afférente et la face inférieure du mésocolon transverse. Pendant ces manœuvres, l'anastomose gastro-jéjunale se sépare. On suture l'orifice gastrique que l'on a amené au dessus du méso-colon transverse, et l'on fait l'anastomose en utilisant l'ancien orifice du grêle ; un drain.

Suites, décès dans la soirée.

OBSERVATION 4.

S. Gino, 45 ans, entré le 8 août 1943.

Intervention 11 août 1943, D^r Desjacques.

Gastrectomie Billroth II pour ulcère de la petite courbure ; mais les vomissements post-opératoires persistent, le malade souffre ; à la radiographie, transit presque nul.

Intervention 12 octobre 1943, D^{rs} Desjacques, Paillot.

Ouverture de la bouche de gastro-entéro-anastomose sur sa partie antérieure ; un gros clapet muqueux venu du bas de la tranche gastrique bouche son orifice ; résection du bouchon muqueux et agrandissement de la bouche.

Suites simples.

OBSERVATION 5.

M. André, 30 ans, entré le 10 septembre 1942.

Intervention 11 septembre 1942 D^r Desjacques.

Ulcère de la face antérieure du duodénum ; duodénogastrectomie Billroth II. Le malade vomit les jours suivants de façon intermittente. Le 29 septembre 1942, il présente des vomissements très abondants, et un lavage d'estomac ramène des aliments ingérés la veille.

Intervention 24 septembre 1942, D^r Desjacques, Accassat.

La bouche anastomatique est obstruée par un bouchon de muqueuse gastrique. Séparation grêle-estomac. Suture de l'estomac et du grêle ; nouvelle gastro-entéro-anastomose antérieure rétro-colique.

Suites simples.

OBSERVATION 6.

P. Dominique, 48 ans, entré le 30 août 1948.

Antécédents : 15 mai 1948. D^r Desjacques : duodénogastrectomie Billroth II pour ulcère de la petite courbure ; mais depuis, pesanteur post-prandiale et vomissements. Radiographie gastrique : rétrécissement de la bouche anastomatique.

Intervention 3 septembre 1948, D^{rs} Desjacques, Maret.

C'est une sténose cicatricielle de la bouche gastrojéjunale qui a la taille d'un crayon, agrandissement facile.

Suites simples.

OBSERVATION 7.

S. Alex, 30, entré le 10 avril 1942, pour ulcère du duodénum.

Intervention 15 avril 1942, D^r Desjacques : duodénogastrectomie Billroth II au bouton Jaboulay ; les jours suivants, les vomissements persistent ; à la radioscopie, distension du moignon et liquide à jeun.

Intervention D^{rs} Desjacques, Roche, 30 avril 1942.

Il s'agit d'un rétrécissement de la bouche de gastro-entéro-anastomose, qui est entourée de placards fibrineux. Nouvelle gastro-entéro-anastomose antérieure rétro-colique.

Suites : sort guéri le 10 mai 1942.

OBSERVATION 8.

R. Auguste, 44 ans, entré le 17 novembre 1945.

Intervention, 20 novembre 1945, D^r Desjacques, duodénogastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum ; à partir du 28, vomissements bilieux importants.

Intervention, 30 novembre 1945, D^{rs} Desjacques, Leynaud.

De nombreuses adhérences fibrineuses oblitèrent l'anse afférente, libération, jéjuno-jéjunostomie.

Suites : décès le 1^{er} décembre 1945.

OBSERVATION 9.

L. Robert, 43 ans, entré le 7 août 1946.

Intervention 12 août 1946 : duodéno-gastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum, D^r Desjacques.

Le 28 août 1946, douleurs épigastriques ; le lendemain, vomissements abondants de sang et de bile, et, les jours suivants, les vomissements persistent.

Intervention 6 septembre 1941, D^{rs} Desjacques, Replumaz.

On n'arrive pas bien à voir l'anastomose ; l'anse afférente est très dilatée. Duodéno-jéjunostomie.

Suites : affaiblissement progressif, décès le 9 septembre 1946.

OBSERVATION 10.

M. Antonio, 33 ans, entré le 17 mai 1942.

Antécédents : 20 février 1942, D^r Desjacques : Duodéno-gastrectomie Billroth II au bouton de Jaboulay pour ulcère du duodénum. En mai 1942, le malade présente des douleurs épigastriques ; à la radioscopie, le bouton est libre dans l'estomac.

Intervention 30 mai 1942. D^{rs} Desjacques, Jeanjean.

Gastrotomie antérieure, extraction du bouton, agrandissement de la bouche de gastro-entéro-anastomose.

Suites simples.

OBSERVATION 11

M. Louis, 36 ans, entré le 20 juillet 1943, pour ulcère du duodénum.

Antécédents : 6 février 1943, D^r Desjacques. Gastrectomie Kocher au bouton de Jaboulay ; persistent de petites douleurs.

Intervention 22 juillet 1943, D^{rs} Desjacques, Collenet.

Gastrotomie antérieure ; extraction du bouton qui est libre dans l'estomac.

Suites simples.

OBSERVATION 12.

R. Antoine, 41 ans, entré le 19 octobre 1947.

Antécédents : 23 juin 1947, D^r X... Perforation d'un ulcère du duodénum ; gastrectomie Billroth II précolique ; mais le malade souffre et vomit.

Intervention 22 octobre 1947. D^r Desjacques, Durand.
Dégastroentérostomie, extraction du bouton, suture du grêle,
gastrectomie Billroth II au bouton de Jaboulay.
Suites simples.

OBSERVATION 13.

S. Joseph, 48 ans, entré le 15 mars 1945.

19 mars 1945, D^r Desjacques. Duodénogastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum.

Intervention 7 avril 1945, D^r Desjacques, Leynaud.

Résection de la troisième côte et drainage transpleural d'un abcès sous-phrénique droit.

Suites : sort guéri le 25 juillet 1945.

OBSERVATION 14.

N. Diégo, 52 ans, entré le 26 janvier 1943.

1^{er} février 1943, D^r Desjacques : duodéno-gastrectomie Billroth II, pour ulcère du duodénum.

Intervention 18 février 1943. D^r Desjacques, Paillot.

Evacuation de 500 cc de pus d'un abcès sus-hépatique, un drain.

Suites : décès le 21 février 1943.

OBSERVATION 15.

S. Marius, 40 ans, entré le 13 janvier 1944.

15 janvier 1944, D^r Desjacques : duodénogastrectomie Billroth II pour ulcère de la petite courbure.

Intervention 2 mars, D^r Desjacques, Collenet.

Evacuation d'un gros abcès inter-hépatocolique.

Suites : sort guéri le 17 avril 1944.

OBSERVATION 16.

G. Marcel, 42 ans, entré le 12 février 1947, pour ulcère du duodénum.

15 février 1947, D^r Desjacques : duodénogastrectomie Billroth II. 21 février 1947, la température est élevée et le malade souffre dans l'hypochondre droit. Le lendemain, douleur dans la fosse iliaque droite.

Intervention 22 février 1947, D^{rs} Desjacques, Devic.

Incision de Roux ; évacuation d'un verre de liquide à odeur intestinale, un drain.

Suites : décès le 25 février 1947.

OBSERVATION 17.

K. Georges, 35 ans, entré le 12 janvier 1945, pour ulcère du duodénum.

19 janvier 1945, D^r Desjacques : duodénogastrectomie Billroth II ; il existe de nombreuses adhérences périoduodénales. Le 23, la température est à 39°5 ; à l'examen, gros météorisme abdominal. Le 24 janvier 1945, écoulement de bile par le drain épigastrique, et douleur au niveau de la fosse iliaque droite.

Intervention 24 janvier 1945, D^{rs} Desjacques, Allègre.

Incision de Marc Burney, un verre de bile dans la fosse iliaque droite ; un drain. Les jours suivants, persiste un écoulement de bile et de pus par cette incision.

Suites : décès le 28 janvier 1945.

OBSERVATION 18.

W. André, 48 ans, entré le 27 mars 1952, pour ulcère du duodénum.

1^{er} avril 1952, D^r Desjacques. Duodénogastrectomie Billroth II. Quelques difficultés au niveau de l'enfouissement.

6 avril 1952, douleur brutale au niveau de l'hypochondre droit et dans la fosse iliaque droite ; vomissements abondants.

Intervention, 7 avril 1952, Pavillon A. D^{rs} Durant, Poulat.

Désunion de la cicatrice ; liquide séro-sanglant sous le foie. Infarcissement des tissus qui recouvraient le moignon ; un drain au contact ; aspiration type Lewine. 11 avril 1952, il persiste une fistule intestinale. 31 avril 1952, il persiste une petite fistule.

Suites : guérison.

OBSERVATION 19.

R. Alfred, 36 ans, entré le 8 mars 1955.

11 mars 1955, duodénogastrectomie Billroth II pour ulcère de la petite courbure. Le 16 mars 1955, le malade présente une douleur sous-costale droite, la température est à 39°.

Intervention 17 mars 1955, D^{rs} Desjacques, Gounot.

Incision au bord externe du droit ; sous le foie, on trouve une importante collection bilieuse ; un drain, une mèche ; l'état général baisse progressivement.

Décès le 20 mars 1955.

OBSERVATION 20.

R. Charles, 37 ans, entré le 10 février 1945 pour ulcère du duodénum.

16 février 1945, D^r Desjacques : duodénogastrectomie Billroth II ; au 10^{me} jour, alors que la température est à 39°, brusquement douleur dans le bas ventre ; à l'examen, peu de signes.

Intervention 27 février, D^{rs} Desjacques, Allègre.

1° Drainage sus-pubien, aspiration de 200 cc. de pur noirâtre sans gaz, sans odeur alimentaire, un drain.

2° Exploration sous-hépatique négative.

Suites : décès le lendemain.

OBSERVATION 21.

L. Lucien, 48 ans, entré le 15 janvier 1947.

17 janvier 1947, D^{rs} Desjacques : duodénogastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum. Le 21, la température est à 39° ; contracture abdominale ; facies péritonéal.

Intervention 21 janvier 1947, D^{rs} Desjacques, Devic.

On désunit l'incision sus-ombilicale, et on évacue une grosse suppuration sus-mésocolique sans caractère particulier.

Suites : décès au 3^{me} jour.

OBSERVATION 22.

M. Louis, 45 ans, entre le 18 mars 1948.

Antécédents : en avril 1947, duodénogastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Le malade est guéri. Six mois après, il recommence à souffrir d'abord par périodes puis continuellement.

Radiographie : œdème de la bouche anastomatique.

Intervention 26 mars 1948, D^{rs} Desjacques, Maret.

Ulcère gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; résection d'une tranche gastrique ; nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la suture du grêle.

Suites : choc opératoire important ; décès dans la soirée.

OBSERVATION 23.

K. Yaham, 41 ans, entré le 22 octobre 1951.

Antécédents : en décembre 1950 (D^r X...), gastrectomie Bill-

roth II pour ulcère du duodénum ; pratiquement, pas d'amélioration. Radiographie gastrique : œdème de la bouche anastomatique.

Intervention 29 octobre 1951, D^{rs} Desjacques, Barbier.

Ulcère du jéjunum près de la bouche anastomatique ; séparation grêle-estomac ; résection du grêle ; anastomose bout-à-bout. Nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la suture du grêle.

Suites simples.

OBSERVATION 24.

C. Auguste, 32 ans, entré le 8 novembre 1951.

Antécédents : en avril 1948, le malade a subi une gastrectomie Billroth II pour un ulcère du duodénum (D^r X...). Guérison six mois ; ensuite, douleurs d'abord périodiques, puis continues. Radiographie gastrique : ulcère peptique.

Intervention 12 novembre 1951. D^{rs} Desjacques, Béné.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; regastrectomie au moyen Villard en aval de la suture.

Suites simples.

OBSERVATION 25

L. Fernand, 64 ans, entré le 6 novembre 1951.

Antécédents : en octobre 1947, le malade a subi une gastrectomie Billroth II pour un ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Il a été guéri un an ; depuis il souffre presque continuellement. Radiographie gastrique : ulcère peptique.

Intervention 13 novembre 1951, D^{rs} Desjacques, Béné.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; nouvelle gastrectomie au moyen Villard, en aval de la suture.

Suites simples.

OBSERVATION 26

S. Joseph, 37 ans, entre le 28 février 1952.

Antécédents : En novembre 1950, duodénogastrectomie Billroth II pour un ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Au début de 1952, apparaissent de violentes douleurs péri-ombilicales. Radiographies gastriques : ulcère peptique sur l'anse afférente.

Intervention 5 mars 1952. D^{rs} Desjacques, Vidil.

Ulcère peptique jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle, résection d'une tranche gastrique ; nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la suture du grêle.

Complications pulmonaires. Décès au 6^e jour.

OBSERVATION 27.

L. Adolphe, entré le 13 octobre 1951.

Antécédents : en novembre 1950, gastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Réapparition des douleurs au bout de deux mois.

Radiographie : ulcère peptique.

Intervention 21 octobre 1951, D^{rs} Desjacques, Bertrand.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; suture du grêle ; résection d'une tranche gastrique ; nouvelle gastro-antéro-anastomose en aval de la suture.

Suites simples.

OBSERVATION 28,

P. Gaston, 46 ans, entré le 1^{er} septembre 1953.

Antécédents : En juillet 1953, duodénogastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Guérison huit mois ; ensuite, douleurs post-prandiales violentes.

Radiographie gastrique : ulcère peptique probable.

Intervention 9 septembre 1954. D^{rs} Desjacques, Gounot.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; résection d'une tranche gastrique ; nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la suture du grêle.

Suites simples.

OBSERVATION 29.

B. André, 31 ans, entre le 24 mars 1949.

Antécédents : Duodénogastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum le 8 janvier 1949 (D^r Desjacques). Revient deux mois plus tard se plaignant de douleurs gastriques très violentes.

Radiographie gastrique : ulcère peptique.

Intervention 30 mars 1949, D^{rs} Desjacques, Avet.

Ulcère peptique gastro-jéjunal. Séparation grêle-estomac, résection d'une tranche gastrique, suture du grêle, nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de cette suture.

Suites simples.

OBSERVATION 30

G. Joseph, 39 ans, entré le 12 décembre 1944.

Antécédents : En décembre 1942, gastrectomie Kocher, (D^r Des-Jacques), pour ulcère du duodénum. Guérison un an ; ensuite reprise des douleurs qui n'ont fait qu'augmenter.

Intervention 18 décembre 1944, D^{rs} Desjacques, Gignoux.

Ulcère peptique perforé bouché dans le mésocolon transverse. Gastrectomie Billroth II.

Suites opératoires simples.

OBSERVATION 31

C. Louis, 53 ans, entré le 21 janvier 1951.

Antécédents : En novembre 1942, le malade a subi une gastrectomie Kocher pour un ulcère du duodénum (D^r X...). Dès le mois de mars 1943, il a présenté des douleurs épigastriques qui ont augmenté progressivement.

Intervention 29 janvier 1951, D^{rs} Desjacques, Béné.

Ulcère gastro-jéjunale adhérent au méso-côlon transverse ; gastrectomie Billroth II au moyen Villard.

Suites simples.

OBSERVATION 32

A. Ahmed, 34 ans, entré dans le service le 12 juin 1951.

Antécédents : En 1949, à Marseille, gastrectomie Polya pour ulcère du duodénum. Les douleurs persistent. Radiographie gastrique : ulcère peptique probable.

Intervention, 22 juin 1951, D^{rs} Desjacques, Béné.

Ulcère peptique. Excision et suture. La gastrectomie est déjà large. Les douleurs persistent.

Troisième intervention 23 janvier 1953, D^{rs} Desjacques, Dumont.

Double ulcère peptique. Séparation grêle - estomac ; résection d'une tranche gastrique ; résection du grêle et anastomose bout à bout ; nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la suture.

Le malade aurait subi une 4^e intervention en octobre 1953, à Constantine ; gastrectomie subtotale et Dragstedt ; il a été revu au début de 1954 : il continuait à souffrir.

OBSERVATION 33

F. Hubert, 42 ans, entré le 6 mai 1944.

Antécédents : En juillet 1943, gastrectomie en dehors de Lyon, pour ulcère du duodénum. Au bout de quelques mois, apparition d'un syndrome douloureux post-prandial tardif. Radiographie gastrique : ulcère peptique sur l'anse afférente.

Intervention 13 mai 1944, D^{rs} Desjacques, Gignoux.

C'est un ulcère gastro-jéjunal ; excision de l'ulcère sur l'anse intestinale ; suture de l'anse ; résection d'une tranche gastrique. Nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la suture intestinale. Comme l'anse afférente est trop longue, on fait une jéjuno-jéjunostomie au moyen du petit Jaboulay.

Suites simples.

OBSERVATION 36

B. Alain, 31 ans, entré le 18 octobre 1952.

Antécédents : a subi une gastro-entéro-anastomose en juin 1947, pour ulcère du duodénum. Gastrectomie Polya en novembre 1947, pour ulcère peptique. Ces deux interventions ont été faites en dehors de Lyon. Depuis 1949, le malade présente des douleurs épigastriques post-prandiales qui sont calmées par des vomissements abondants. La radiographie gastrique montre une image d'invagination de la bouche anastomatique.

Intervention 28 janvier 1953, D^{rs} Desjacques, Desbrosses.

Ouverture en avant de la gastro-jéjunostomie et résection d'un clapet muqueux obstruant la bouche anastomatique. Jéjuno-jéjunostomie au petit bouton de Jaboulay.

Suites opératoires : Les vomissements post-opératoires persistent, et au 7^e jour, laparotomie pour une occlusion du grêle plus dynamique que mécanique au voisinage de la bouche anastomatique.

Guérison.

OBSERVATION 37.

G. Pierre, 43 ans, entré le 20 juin 1949.

Antécédents : en novembre 1942, gastrectomie Kocher pour ulcère (D^r Desjacques). Guérison pendant 6 mois. Depuis, douleurs survenant le matin après le petit déjeuner et durant une demi-heure. A la radiographie, néoplasme du moignon gastrique.

Intervention 27 juin 1949. D^{rs} Desjacques, Pichat.

L'orifice gastro-duodénal est très large, livrant passage à un

véritable prolapsus muqueux de la tranche gastrique. Gastrectomie Billroth II au nouveau Villard.

Suites simples.

OBSERVATION 38.

M. Clément, 25 ans, entré le 28 juillet 1954.

Antécédents : En mars 1943, gastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Guérison un an, et depuis mars 1954, douleur légère et surtout vomissements importants.

Intervention 31 juillet 1954, D^{rs} Desjacques, Sisteron.

La bouche anastomatique est obstruée par un clapet muqueux venant de l'estomac ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; résection d'une tranche gastrique emportant le clapet muqueux ; nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la suture du grêle.

Guérison.

OBSERVATION 39.

F. René, 46 ans, entré le 18 octobre 1954.

Antécédents : En septembre 1953, gastrectomie Billroth II pour ulcère de la petite courbure (D^s Desjacques). Le malade reste complètement guéri 8 mois et présente ensuite des douleurs épigastriques sans horaire précis, pas de vomissement.

Intervention 20 octobre 1954, D^{rs} Desjacques, Poulat.

On sent un bourrelet muqueux de la tranche gastrique qui obstrue partiellement la bouche anastomatique. Gastrotomie antérieure ; résection d'un bourrelet muqueux. Etalement de l'estomac voisin de la bouche par fixation à la face inférieure du méso-côlon transverse.

Suites simples.

OBSERVATION 40.

C. Lucien, 57 ans, entré le 16 novembre 1943.

Antécédents : En janvier 1942, gastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Guérison jusqu'en octobre 1943 ; depuis, douleurs violentes et régurgitations acides.

Intervention 19 novembre 1943. D^{rs} Desjacques, Paillot.

Rien d'anormal, sinon que l'anse afférente est trop longue. Jéjuno-jéjunostomie au moyen bouton de Jaboulay.

Suites simples.

OBSERVATION 41

T. Melki, 27 ans, entré le 15 juin 1950.

Antécédents : En 1949, Gastrectomie Polya pour ulcère du duodénum (D^r X...). Mais depuis, le malade souffre de façon irrégulière et vomit.

Intervention 20 juin 1950. D^{rs} Desjacques, Pichat.

C'est un Polya à anse afférente très longue et étroite ; l'anse afférente est très dilatée et la bouche de gastro-antéro-anastomose très large. Jéjuno-jéjunostomie au moyen Jaboulay.

Suites opératoires simples. Le malade est revu un mois plus tard : il est peu amélioré.

OBSERVATION 42

C. Jean, 25 ans, entre le 11 novembre 1952.

Antécédents : A eu en avril 1951 une gastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum (D^r X...) ; mais 15 jours après l'intervention apparaissent douleurs et vomissements intermittents.

Intervention 17 novembre 1952, D^{rs} Desjacques, Vidil.

La bouche anastomatique semble avoir été faite avec une certaine torsion ; anse afférente plate mais longue ; jéjuno-jéjunostomie au petit bouton de Villard.

Suites opératoires simples, mais le malade, revu six mois plus tard, continue à souffrir.

OBSERVATION 43.

R. Lucien, 36 ans, entré le 5 novembre 1943.

Antécédents : En novembre 1942, gastrectomie Kocher pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Dès janvier 1943 apparaissent douleurs et vomissements de stase.

Intervention 9 novembre 1943. D^{rs} Desjacques, Collonet.

La région pyloro-duodénale est inexplorable ; gastro-entéro-anastomose postérieure de la suture.

Suites simples.

OBSERVATION 44.

M. Alexandre, entré le 25 avril 1946.

Antécédents : En mai 1942, gastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Depuis lors, tout allait bien quand

brusquement, le 25 avril 1946, s'installe un tableau d'occlusion intestinale aiguë.

Intervention 25 avril 1946, D^{rs} Desjacques, Replumaz.

C'est un volvulus de l'anse ombilicale entraînant le grêle et tout le côlon ascendant. Détorsion et coecopexie.

Suites simples.

B. — REINTERVENTIONS APRES GASTRO-ENTERO-ANASTOMOSE

(51 observations)

OBSERVATION 45.

B. Elie, 40 ans, entré le 8 octobre 1954.

Antécédents : syndrome ulcéreux évoluant depuis 1950.

18 juin 1954 : première intervention (D^r Desjacques). Ulcère sténosant du pylore ; gastro-entéro-anastomose postérieure. Guérison apparente quand brusquement le 8 octobre 1954, douleur abdominale très intense.

Réintervention 8 octobre 1954 (Pav. A.). D^r J.-L. Bonnet.

Suture d'une perforation duodéno-pylorique.

Suites simples.

OBSERVATION 46

D. Roger, 35 ans, entré le 1^{er} mars 1948.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose en 1945 pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Guérison pendant deux ans. Depuis, douleurs épigastriques qui ont augmenté de fréquence et d'intensité. Radiographie gastrique : œdème important de la bouche anastomatique.

Réintervention 12 mars 1948 ; D^{rs} Desjacques, Maret.

Ulcère peptique gastro jéjunale ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; duodéno-gastrectomie Billroth II au moyen Villard, en aval de la suture du grêle.

Suites simples.

OBSERVATION 47

F. Georges, 44 ans, entré le 4 octobre 1948.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose en 1933, pour ulcère de la petite courbure (D^r Desjacques). Guérison totale pendant

deux ans. Ensuite, apparition d'un syndrome douloureux périodique devenu quotidien à partir de février 1948.

Radiographie gastrique : rétrécissement de la bouche anastomatique.

Réintervention : 9 octobre 1948. D^{rs} Desjacques, Dumas.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; duodéno-gastrectomie Billroth II en aval de la suture du grêle.

Suites simples.

OBSERVATION 48

B. Julien, 34 ans, entré le 2 avril 1947.

Antécédents : en juin 1945, gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Guérison un an. Depuis, douleurs épigastriques quotidiennes.

Radiographie gastrique : ulcère peptique au voisinage de l'anastomose.

Intervention, 8 avril 1947, D^{rs} Desjacques, Devic.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; gastrectomie Billroth II en aval de la suture.

Suites simples.

OBSERVATION 49

F. Edouard, 41 ans, entré le 30 mai 1952.

Antécédents : en avril 1944, gastro-antéro-anastomose pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques). Guérison trois ans, et ensuite, douleurs épigastriques évoluant par périodes au début permanentes depuis 1951.

Radiographie gastrique : œdème de l'estomac et du jéjunum ; ulcère peptique probable.

Intervention 7 juin 1952. D^{rs} Desjacques, Vidil.

Ulcère peptique gastro-jéjunal. Séparation grêle-estomac ; suture du grêle. Duodénogastrectomie Billroth II en aval de la suture du grêle.

Suites simples.

OBSERVATION 50.

E. Henri, 72 ans, entré le 16 octobre 1954.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose en 1944 pour ulcère de la petite courbure (D^r Desjacques). Guérison jusqu'en octobre 1953 ; depuis, douleurs épigastriques violentes.

Radiographie gastrique : persistance d'une déformation duodénale.

Intervention 21 octobre 1954, D^{rs} Desjacques, Poulat.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac, gastrectomie Billroth II en aval de la suture.

Suites : affaiblissement progressif ; décès le 24 octobre 1954.

OBSERVATION 51.

C. Marie, 63 ans, entrée le 18 février 1951.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose en 1944, pour ulcère de la petite courbure (D^r Desjacques). Réapparition de quelques douleurs en 1948. Elles deviennent très violentes en 1950. Radiographie gastrique : niche d'ulcère peptique.

Intervention, 24 février 1951, D^{rs} Desjacques, Barbier.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle ; estomac ; suture du grêle ; duodéno-gastrectomie Billroth II en aval de la suture du grêle.

Suites simples.

OBSERVATION 52.

G. Jeanne, 51 ans, entrée le 9 juillet 1952.

Antécédents : en 1948, gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques) ; guérison un an ; ensuite, douleurs épigastriques post-prandiales périodiques.

Radiographie gastrique : la bouche anastomatique fonctionne mal ; l'évacuation se fait surtout par le pylore.

Intervention, 14 juillet 1952, D^{rs} Desjacques, Vidil.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; gastrectomie Billroth II au moyen Villard en aval de la suture.

Suites simples.

OBSERVATION 53.

D. Joseph, 38 ans, entré le 2 février 1948.

Antécédents : 17 septembre 1942, gastro-entéro-anastomose postérieure pour ulcère pylorique (D^r Desjacques) ; guérison un an ; mais ensuite, plusieurs poussées douloureuses peu calmées par le bismuth.

Radiographie : ulcère peptique sur l'anse afférente.

Réintervention, 9 février 1948, D^{rs} Desjacques, Dumas.

Bel ulcère gastro-jéjunal ; séparation grêle — estomac ; suture du grêle ; gastrectomie Billroth II au moyen Villard, en aval de la suture du grêle.

Suites simples.

OBSERVATION 54.

G. André, 38 ans, entré le 27 août 1949.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose en octobre 1945 (D^r Desjacques), apparition de douleurs au début de 1949.

Radiographie gastrique : œdème gastrique et du jéjunum.

Intervention 3 septembre 1949, D^{rs} Desjacques, Miquet.

Enorme ulcère gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; résection du grêle et anastomose bout à bout ; gastrectomie Billroth II en aval de la suture du grêle.

Suites simples.

OBSERVATION 55.

E. Francis, 38 ans, entré le 20 avril 1947.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duo dENUM en juillet 1945 ; reprise des douleurs en novembre 1946.

Radiographie gastrique : le duodénum reste très déformé.

Intervention 26 avril 1947, D^{rs} Desjacques, Durand.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle après excision de l'ulcère ; gastrectomie Billroth II.

Suites simples.

OBSERVATION 56

B. Eugène, 45 ans, entré le 1^{er} novembre 1945.

Antécédents : en 1945, gastro-entéro-anastomose pour ulcère sténosant du duodénum (D^r Desjacques). Réapparition de douleurs très violentes en août 1945.

Radiographie gastrique : niche d'ulcère peptique.

Intervention 6 novembre 1945, D^{rs} Desjacques, Leynaud.

Ulcère gastro jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; gastrectomie Billroth II.

Suites simples.

OBSERVATION 57

C. Joseph, 52 ans, entré le 16 mai 1952.

Antécédents : en 1947, le malade a subi une gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques) ; il a été guéri jusqu'en février 1952 ; depuis, il présente des douleurs épigastriques presque continuelles et vomit.

Radiographie gastrique : le bulbe reste très irrégulier.

Intervention 21 mai 1952, D^{rs} Desjacques, Desbrosses.

Ulcère gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac, suture du grêle ; gastrectomie Billroth II en aval de la suture du grêle.

Suites simples.

OBSERVATION 58

P. Séraphin, 26 ans, entré le 19 mars 1953.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose pour ulcère du pylore en 1953 (D^r Desjacques). Guérison jusqu'en 1939 ; depuis, reprise des douleurs qui sont devenues quotidiennes.

Radiographie gastrique : la majorité de la baryte passe par le pylore.

Intervention 24 mars 1953, D^{rs} Desjacques, Dumont.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; résection intestinale ; gastrectomie Billroth II.

Suites simples.

OBSERVATION 59

M. Marius, 59 ans, entré le 9 décembre 1953.

Antécédents : gastro-entéro anastomose en 1931 pour ulcère du duodénum (D^r X...) ; guérison jusqu'en 1939 ; depuis, syndrome douloureux épigastrique d'horaire tardif d'abord périodique, puis quotidien.

Radiographie gastrique : ulcère peptique probable.

Intervention 15 décembre 1953, D^{rs} Desjacques, Dumont.

Ulcère peptique jéjunal ; séparation grêle-estomac ; excision de l'ulcère et suture du grêle ; gastrectomie Billroth II au bouton de Jaboulay.

Suites simples.

OBSERVATION 60.

B. Joseph, 39 ans, entré le 10 juillet 1945.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose pour ulcère en 1936 (D^r X...) ; guérison jusqu'en 1942 ; depuis douleurs épigastriques très pénibles.

Radiographie gastrique : ulcère peptique au voisinage de l'anastomose.

Intervention 18 juillet 1945, D^{rs} Desjacques, Allègre.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle estomac ; suture du grêle ; duodénogastrectomie Billroth II au moyen Villard en aval de la suture.

Suites : le 22 juillet 1955, température à 40°, grande agitation, délire, décès le lendemain.

OBSERVATION 61.

P. Louis, 42 ans, entré le 18 novembre 1950.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose pour ulcère en 1936 (D^r X...), réapparition d'un syndrome douloureux post-prandial en 1949.

Radiographie gastrique : ulcère peptique sur l'anse afférente.

Intervention 22 novembre 1950, D^{rs} Desjacques, Pichat.

Ulcère gastro-jéjunal. Séparation grêle-estomac, suture du grêle ; duodéno-gastrectomie Billroth II au moyen Villard.

Suites simples.

OBSERVATION 62.

B. Jacques, 67 ans, entré le 2 avril 1951.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose pour ulcère en 1929 (D^r X...). Guérison jusqu'en mars 1951 ; depuis, douleurs épigastriques presque continues.

Radiographie gastrique : œdème gastrique et jéjunal.

Intervention 7 avril 1951. D^{rs} Desjacques, Barbier.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; gastrectomie Billroth II au moyen Villard en aval de la suture du grêle.

Suites : les vomissements post-opératoires persistent affaiblissement progressif ; décès le 17 avril 1951.

OBSERVATION 63.

A. Pierre, 40 ans, entré le 18 décembre 1950.

Antécédents : en 1947, gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum (D^r X...). Trois mois plus tard, réapparition d'un syndrome douloureux épigastrique résistant au traitement médical.

Radiographie gastrique : niche d'ulcère peptique.

Intervention 22 décembre 1950. D^{re} Desjacques, Pichat.
Ulcère peptique gastro-1 jéjunal ; séparation grêle-estomac. Suture du grêle. Gastrectomie Billroth II en aval de la suture du grêle.
Suites simples.

OBSERVATION 64

D. Edouard, 49 ans, entré le 18 décembre 1950.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose en 1942 pour ulcère du duodénum (D^r X...). Guérison complète jusqu'en mars 1950 ; depuis, douleurs épigastriques presque continues.

Radiographie gastrique : ulcère peptique.

Intervention 23 décembre 1950, D^{re} Desjacques, Pichat.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; gastrectomie Billroth II en aval de la suture.

Suites simples.

OBSERVATION 65

R. Piétro, 53 ans, entré le 8 octobre 1951.

Antécédents : en 1928, gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum (D^r X...). Guérison jusqu'en 1948 ; depuis, syndrome douloureux post-prandial tardif.

La radiographie gastrique ne montre rien d'anormal.

Intervention 12 octobre 1951, D^{re} Desjacques, Barbier.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; gastrectomie Billroth II en aval de la suture.

Suites : vomissements importants ; complications pulmonaires.
Décès le 20 octobre 1951.

OBSERVATION 66.

A. Vitta, 52 ans, entré le 2 novembre 1952.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum en 1938 (D^r X...), mais depuis, le malade a continué à présenter des périodes douloureuses.

Radiographie gastrique ulcère peptique.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; duodéno-gastrectomie Billroth II.

Suites simples.

OBSERVATION 67.

G. Charles, 47 ans, entré le 27 novembre 1952.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum en 1942 (D^r X...), mais depuis, le malade dit souffrir comme avant l'intervention.

Radiographie gastrique : œdème gastrique et jéjunal, ulcère peptique probable.

Intervention 2 décembre 1952, D^{rs} Desjacques, Vidil.

Bel ulcère gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; excision de l'ulcère sur le grêle, suture du grêle, Duodénogastrectomie Billroth II.

Suites simples.

OBSERVATION 68

A Manuel, 39 ans, entré le 2 juillet 1953.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose en 1950 pour ulcère du duodénum (D^r X...). Guérison jusqu'en juillet 1952. Depuis, douleurs épigastriques permanentes.

Radiographie gastrique : ulcère peptique au voisinage l'anastomose.

Intervention 9 juillet 1955, D^{rs} Desjacques, Dumont.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle. Duodéno-gastrectomie Billroth II au moyen Villard en aval de la suture du grêle.

Suites simples.

OBSERVATION 69.

R. José, 55 ans, entré le 10 juin 1953.

Antécédents : en 1936, gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum (D^r X...). Guérison jusqu'en 1952. Depuis, le malade souffre tous les jours.

Radiographie gastrique : la bouche anastomatique semble rétrécie.

Réintervention 15 juin 1953. Dr Desjacques, Dumont.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; duodénogastrectomie Billroth II.

Suites simples.

OBSERVATION 70

G. Marcel, 43 ans, entré le 8 mai 1951.

Antécédents : en 1943 (D^r X...), gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodénal. Depuis cette intervention, le malade n'avait jamais souffert quand, brusquement, le 8 mai 1951, douleur très violente dans la région péri-ombilicale ; à l'examen, contracture abdominale.

Intervention : 8 mai 1951 (D^{rs} Desjacques, Barbier).

C'est un ulcère peptique perforé de l'anse afférente à 4 cm. de la bouche de gastro-entéro-anastomose ; séparation grêle-estomac ; suture de la perforation ; suture latérale du grêle. Duodéno-gastrectomie Billroth II.

Suites simples.

OBSERVATION 71.

M. André, 48 ans, entré le 13 mars 1950.

Antécédents : en 1941, gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum (D^r X...). Après une période de guérison de 8 ans, apparition de douleurs violentes.

Radiographie gastrique : le bulbe duodénal est très déformé.

Intervention 20 mars 1950, D^{rs} Desjacques, Bertrand.

Malade en très mauvais état général. Ulcère peptique antérieur perforé bouché dans la paroi abdominale ; suture de l'ulcère après excision de ses bords.

Le 17 avril 1954, l'état du malade s'est amélioré. Troisième intervention, D^{rs} Desjacques, Rivière.

Troisième intervention, D^{rs} Desjacques, Rivière.

Duodéno-gastrectomie Billroth II au moyen Villard en aval de la suture.

Suites simples.

OBSERVATION 72

C. Henri, 57 ans, entré le 23 août 1949.

Antécédents : en 1939 (D^r Desjacques), drainage d'un abcès sous-phrénique.

En 1943 (D^r X...) : deuxième intervention : gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum.

En 1945, abcès sous-mésocolique par perforation d'un ulcère peptique ; drainage.

Depuis 1946, le malade souffre beaucoup et en 1949, présente une hématomérose et un mœléna de moyenne importance.

27 août 1949, quatrième intervention D^{rs} Desjacques, Miquet.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; gastrectomie Billroth II.

Suites opératoires : complications pulmonaires longues mais guérison.

OBSERVATION 73.

B. Marius, 30 ans, entré le 23 mai 1954.

Antécédents : première intervention (D^r Desjacques), 7 octobre 1944. Gastro-entéro-anastomose à la suture pour ulcère pylorique sténosant. Le malade allait bien depuis 10 ans quand, au début de mai 1951, douleurs abdominales et quelques jours plus tard, mœléna important.

Deuxième intervention, 29 mai 1954. D^{rs} Desjacques, Rivière.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; résection du grêle ; suture bout à bout. Gastrectomie Billroth II au nouveau Villard en aval de la suture.

OBSERVATION 74

G. Marius, 39 ans, entré le 13 février 1955.

Antécédents : 21 août 1946 (D^r Desjacques), gastro-entéro-anastomose postérieure pour ulcère du duodénum ; depuis, pas de douleur, mais troubles dyspeptiques ; en novembre 1951, mœléna important et depuis, plusieurs poussées douloureuses.

Radiographie gastrique : œdème gastrique et jéjunal.

Intervention 19 février 1955. D^{rs} Desjacques, Gounot.

Petit ulcère peptique siégeant sur l'estomac à 2 centimètres au-dessus de l'anastomose. Séparation grêle-estomac et duodéno-gastrectomie Billroth II.

Suites simples.

OBSERVATION 76

M. Alfred, 52 ans, entré le 25 avril 1952.

Antécédents : 2 octobre 1943 (D^r Desjacques), gastro-entéro-anastomose postérieure pour ulcère du duodénum. Guérison pendant 6 ans, mais à partir de mars 1949, douleurs épigastriques violentes.

Intervention 9 mai 1949 (D^r Desjacques). Duodéno-gastrectomie Billroth II au moyen Villard. L'ulcère du duodénum est cicatrisé, mais il existe également un ulcère de la petite courbure. Réapparition de douleurs violentes en 1952.

La radiographie montre un ulcère peptique.

Troisième intervention, 29 avril 1952. D^{re} Desjacques, Vidil.

Bel ulcère gastro1jéjunal; résection du grêle : suture bout à bout : résection d'une tranche gastrique ; nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la suture du grêle.

Suites simples. Revu deux mois plus tard ; le malade continue à souffrir.

OBSERVATION 77.

N. Louis, 51 ans, entré le 20 juillet 1951.

Antécédents : en 1941, gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques) ; guérison pendant six mois, mais ensuite les douleurs reprennent.

16 mars 1942, intervention (D^r Desjacques).

Pas d'ulcère peptique, quelques brides sur l'anse afférente qu'on libère ; jéjuno-jéjunostomie. Guérison jusqu'en 1950 ; à cette date réapparaissent de très violentes douleurs.

Radiographie gastrique : niche d'ulcère peptique.

25 juillet 1951, troisième intervention. D^{rs} Desjacques, Béné.

Bel ulcère peptique sur le jéjunum ; séparation grêle-estomac ; résection du grêle. Anastomose termino-terminale. Gastrectomie Billroth II au moyen Villard en aval de la structure.

Suites simples.

OBSERVATION 78.

H. Abdallah, 46 ans, entré le 2 août 1954.

Antécédents : en 1934, à Alger, suture d'une perforation ulcéreuse et gastro-entéro-anastomose. Jusqu'en mars 1951, le malade ne souffre pas. Ensuite apparaissent des douleurs épigastriques violentes.

Radiographie gastrique : œdème de la bouche anasomatique.

Intervention 6 décembre 1953. D^r Desjacques, Sisteron.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac, résection du grêle. Suture bout à bout ; gastrectomie Billroth II au moyen Villard en aval de la suture. Le malade est guéri pendant quelques mois, mais recommence à souffrir violemment.

Troisième intervention, 23 avril 1954, D^{rs} Desjacques, Sisteron.

Gros ulcère peptique gastro-jéjunal ; nouvelle résection du grêle ; suture bout à bout ; ablation d'une tranche gastrique ; nouvelle gastro-entéro-anastomose. Le 2 août 1954, le malade revient envoyé pour abcès sous-phrénique qui est évacué le jour même. Le 6 août 1954, apparition d'une fistule intestinale.

Suites : décès le 8 août 1954.

OBSERVATION 79.

B. Marius, 39 ans, entré le 5 février 1946.

Antécédents : 1930 (D^r X...) gastro-entéro-anastomose postérieure pour ulcère du duodénum. Guérison jusqu'en 1944.

16 août 1944. Réintervention D^r Desjacques.

Ulcère peptique jéjunale ; résection du grêle ; duodéno-gastrectomie Billroth II. Le malade est guéri seulement six mois.

Radiographie gastrique : ulcère peptique.

3 octobre 1945, troisième intervention D^s Desjacques.

Nouvel ulcère peptique ; gastrectomie intestinale ; suture du grêle ; nouvelle gastro-entéro-anastomose. Le malade souffre toujours.

9 février 1946, quatrième intervention. D^{rs} Desjacques, Gilbertas.

Nouvel ulcère peptique ; nouvelle section de la tranche gastrique anastomose type Polya.

Suites : décès le 11 février 1946.

OBSERVATION 80.

W. Gerla, 24 ans, entré le 15 juin 1954.

Antécédents : en novembre 1942, le malade a subi une gastro-entéro-anastomose (D^r Desjacques) pour un ulcère du duodénum, mais il a recommencé à souffrir au bout de quelques semaines.

Intervention 19 juin 1944, D^{rs} Desjacques, Montel.

La bouche est bien perméable et il n'y a pas d'ulcère peptique ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle, gastrectomie Billroth II en aval de la suture du grêle.

Examen de la pièce : ulcère duodénal.

Suites simples.

OBSERVATION 81.

C... Amélie, 46 ans, entrée le 26 décembre 1943.

Antécédents : la malade a subi en 1936, une gastro-entéro-anastomose (D^r Desjacques), pour ulcère du pylore et a été guérie jusqu'en 1942. Depuis elle présente des douleurs épigastriques périodiques.

Intervention 29 décembre 1943, D^{rs} Desjacques, Dumont.

Séparation grêle-estomac, suture du grêle ; duodénum-gastrectomie Billroth II en aval de la suture.

Examen de la pièce : l'ulcère pylorique est cicatrisé, mais il existe un bel ulcère de la petite courbure.

Suites simples.

OBSERVATION 82.

B. Marcel, 40 ans, entré le 5 août 1950.

Antécédents : en 1933, le malade a subi une gastro-entéro-anastomose (D^r X...) pour un syndrome ulcéreux. Les douleurs sont réapparues en 1942.

Intervention 8 août 1950 (D^{rs} Desjacques, Pichat).

Séparation grêle — estomac, suture du grêle ; duodéno-gastrectomie Billroth II en aval de la suture.

Examen de la pièce : bel ulcère duodénal.

Suites simples.

OBSERVATION 83.

S. Auguste, 46 ans, entré le 5 juillet 1948.

Antécédents : le malade a subi en 1939, une gastro-entéro-anastomose (D^r X...), pour syndrome ulcéreux et a été guéri jusqu'en 1944. Depuis, les douleurs ont repris avec le même caractère.

Intervention 8 juillet 1948, D^{rs} Desjacques, Dumas.

Duodéno-gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : ulcère du duodénum.

Suites : décès au 5^e jour de complications pulmonaires.

OBSERVATION 84.

C. Francisca, 51 ans, entré le 30 mai 1949.

Antécédents : le malade a subi, en novembre 1944, une gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum (D^r X...), et a été guéri en deux ans. Depuis 1947, il présente des douleurs épigastriques violentes.

Intervention 2 juin 1949, D^{rs} Desjacques, Avet.

Duodéno-gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : persistance de l'ulcère de la petite courbure.

Suites simples.

OBSERVATION 85.

C. Jeanne, 39 ans, entrée le 5 juillet 1942.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose en 1932 (D^r X...), pour un syndrome ulcéreux. Très nette amélioration jusqu'en 1937 ; ensuite réapparaissent des poussées douloureuses très violentes.

Intervention 8 juillet 1942, D^{rs} Desjacques, Roche.
Duodéno-gastrectomie Billroth II.
Examen de la pièce : ulcère de la petite courbure.
Suites simples.

OBSERVATION 86.

G. Lucien, 44 ans, entré le 10 septembre 1946.

Antécédents : en 1945, D^r Desjacques, gastro-entéro-anastomose pour ulcère du duodénum, mais les douleurs persistent.
Intervention 14 septembre 1946, D^{rs} Desjacques, Gilbertas.
Duodénogastrectomie Billroth II.
Examen de la pièce : persistance de l'ulcère duodénal.
Suites : choc opératoire ; décès dans la soirée.

OBSERVATION 87.

C. Emile, 42 ans, entré le 21 mars 1955.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose en décembre 1954, (D^r X...). Amélioration pendant deux mois ; depuis, douleurs persistantes.
Intervention 25 mars 1955, D^{rs} Desjacques, Gounot.
Ulcère de la petite courbure, perforé bouché dans le pancréas ; gastrectomie Billroth II ; nouvelle gastro-entéro-anastomose.
Suites simples.

OBSERVATION 88.

G. Stéphane, 46 ans, entré le 6 novembre 1947.

Antécédents : le malade a subi en octobre 1945, une gastro-entéro-anastomose, (D^r Desjacques), pour un ulcère du duodénum. Il a été guéri un an et depuis, souffre presque tous les jours.
Intervention 9 novembre 1947, D^{rs} Desjacques, Durand.
Séparation grêle — estomac ; suture du grêle, duodéno-gastrectomie Billroth II en aval de la suture du grêle.
Examen de la pièce : simple gastrite.
Suites simples.

OBSERVATION 89.

V. Gustave, 43 ans, entré le 1^{er} juin 1952.

Antécédents : le malade a subi une gastro-entéro-anastomose

pour ulcère en 1933 (D^r X...). Il a été guéri pratiquement jusqu'en 1950. Depuis 1952, il présente des douleurs épigastriques intermittentes.

Intervention 6 juin 1952, D^{rs} Desjacques, Vidil.

Duodénogastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : gastrite à gros plis.

Suites simples.

OBSERVATION 90.

D. Gabriel, 45 ans, entré le 9 décembre 1945.

Antécédents : en 1932, suture d'une perforation d'ulcère duodénal et gastro-entéro-anastomose (D^r X...). Depuis 1940, douleurs épigastriques après les repas.

Intervention 12 décembre 1945, D^{rs} Desjacques, Leynaud.

On pratique une nouvelle bouche de gastro-entéro-anastomose, l'ancienne étant oblitérée par de nombreuses adhérences fibreuses.

Suites simples.

OBSERVATION 91.

H. Joseph, 40 ans, entré le 20 janvier 1955.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose en 1950 (D^r X...), pour ulcère du duodénum ; reprise des douleurs accompagnées d'hématémèses en avril 1954.

Intervention 24 janvier 1955, D^{rs} Desjacques, Gounot.

Déformation duodénale ; la bouche de gastro-entéro-anastomose a 8 cm de large ; résection du grêle, suture bout à bout ; gastrectomie Billroth.

Suites simples.

OBSERVATION 92.

F. Aimé, 52 ans, entré le 2 juillet 1947.

Antécédents : le malade a subi une gastro-entéro-anastomose (D^r Desjacques), en février 1944, pour ulcère de la petite courbure. Il a été pratiquement guéri un an, et depuis souffre de temps à autre.

Intervention le 5 juillet 1947, D^{rs} Desjacques, Devic.

Séparation grêle - estomac ; suture du grêle ; duodéno-gastrectomie Billroth II en aval de la suture.

Examen de la pièce : pas d'ulcère.

Suites simples.

OBSERVATION 93.

W. Joseph, 38 ans, entré le 28 avril 1947.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose (D^r X...), pour ulcère du duodénum en novembre 1945. Au bout d'un an, reprise des douleurs.

Intervention 2 mai 1947, D^{rs} Desjacques, Durand.

La bouche de gastro-entéro-anastomose est perméable. Pas d'ulcère peptique ; duodéno-gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : pas d'ulcère.

Suites : décès au 4^e jour.

OBSERVATION 94.

P. Philippe, 39 ans, entré le 5 août 1949.

Antécédents : gastro-entéro-anastomose (D^r X...) en 1942, pour ulcère de la petite courbure ; les douleurs réapparaissent au bout d'un an et s'intensifient les années suivantes.

Intervention 9 août 1949, D^{rs} Desjacques, Avet.

Séparation grêle - estomac ; suture du grêle ; duodéno-gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : pas d'ulcère.

Suites simples.

OBSERVATION 95.

C. Lucien, 44 ans, entré le 9 novembre 1946.

Antécédents : Le malade a subi en août 1946, une gastro-entéro-anastomose (D^r Desjacques), pour ulcère du duodénum. Il a été guéri trois mois ; ensuite, les douleurs sont apparues aussi violentes qu'avant l'intervention.

Intervention 12 novembre 1946, D^{rs} Desjacques, Replumaz.

Séparation grêle - estomac ; suture du grêle ; gastrectomie Billroth II en aval de la suture du grêle.

Examen de la pièce : ulcère du duodénum.

Suites : décès.

C. — REINTERVENTIONS APRES ULCERE PERFORE

(22 observations)

OBSERVATION 96.

B. Jean, 51 ans, entré le 7 juin 1946.

7 juin 1946, ulcère perforé du duodénum vu à la 24^e heure (D^r Desjacques). Suture, un drain.

Intervention 30 juillet 1946, D^{rs} Desjacques, Gilbertas.

Gastrectomie Billroth II.

Suites simples.

OBSERVATION 97.

M. Jean, 57 ans, entré le 16 juillet 1946.

19 juillet 1946, suture d'un ulcère perforé de la petite courbure (D^r Desjacques).

Intervention 8 août 1946. D^{rs} Desjacques, Gilbertas.

Gastrectomie Billroth II.

Suites simples.

OBSERVATION 98.

L. Charles, 53 ans, entré le 17 juillet 1944.

20 juillet 1944 (D^r Desjacques) ; suture d'une perforation pyloro-duodénale. A partir du 10 août 1944, température élevée et douleur de l'hypochondre droit.

29 septembre 1944, évacuation d'une volumineuse collection interhépatodiaphragmatique, suivie de plusieurs opérations de drainage.

Suites : décès le 11 octobre 1944, par cachexie progressive.

OBSERVATION 99.

P. André, 42 ans, entré le 25 mars 1955.

Antécédents : en juillet 1954, suture d'une perforation ulcéreuse (D^r X...), suites immédiates simples. En décembre 1954, température à 39°, douleur de l'hypocondre droit et guérison par les antibiotiques ; mais, au début de mars 1955, température à 40° et douleur à la base droite ne cédant pas, cette fois, aux antibiotiques.

Intervention D^{rs} Desjacques, Gounot, 28 mars 1955.

Résection de la 12^e côte ; évacuation facile de 800 cc. de pus d'un abcès interhépatodiaphragmatique.

Suites : décès le 14 avril 1955, par cachexie progressive.

OBSERVATION 100.

P. Charles, entré le 1^{er} mars 1953.

4 mars 1953 (D^r X...), appendicectomie et suture d'une perforation pylorique. Le 12 mars 1953, le malade a fait quelques gaz mais reste très ballonné.

Intervention 13 mars 1953, D^{rs} Desjacques, Dumont.

C'est une occlusion de la partie terminale du grêle par bride fibreuse et volvulus en amont ; libération, détorsion, iléostomie.

Suites : le malade sort guéri, le 27 juin 1953.

OBSERVATION 101.

R. Madjid, 24 ans, entré le 2 janvier 1953.

Antécédents : suture d'une perforation ulcéreuse en avril 1952 avec gastro-entéro-anastomose (D^r X...) ; mais le malade continue à souffrir.

Intervention 5 janvier 1953, D^{rs} Desjacques, Allègre.

Gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : persistance de l'ulcère duodénal.

Suites simples.

OBSERVATION 102.

B. Raymond, 56 ans, entré le 1^{er} février 1955.

Antécédents : en février 1954, suture d'un ulcère perforé de l'angulus ; guérison six mois, puis douleurs épigastriques violentes.

Intervention 4 février 1955 ; D^{rs} Desjacques, Gabrielle.

Gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : ulcère du duodénum.

Suites simples.

OBSERVATION 103.

V. Jules, 44 ans, entré le 16 juillet 1948.

Antécédents : suture d'un ulcère perforé du duodénum en 1947 (D^r Desjacques) ; persistent, ensuite, d'importantes douleurs.

Intervention 19 juillet 1948, D^{rs} Desjacques, Maret.

Gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : gros ulcère duodénal.

Suites simples.

OBSERVATION 104.

B. Georges, 50 ans, entré le 5 juillet 1946.

Antécédents : en 1939, suture d'une perforation ulcéreuse et gastro-entéro-anastomose (D^r X...). Réapparition des douleurs en 1942.

Intervention 9 juillet 1946, D^{rs} Desjacques, Replumaz.

Gastrectomie Polya en utilisant l'ancien orifice d'anastomose sur le grêle.

Examen de la pièce : double ulcère de la petite courbure.

Suites simples.

OBSERVATION 105.

R. Henri, 48 ans, entré le 4 octobre 1953.

Antécédents : suture d'une perforation ulcéreuse en décembre 1951 et gastro-entéro-anastomose en novembre 1952 (D^r X...). Mais les douleurs persistent.

Intervention 7 octobre 1953, D^{rs} Desjacques, Dumont.

Gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : cicatrice de perforation de l'ulcère gastrique et ulcère du duodénum.

Suites simples.

OBSERVATION 106.

K. Pierre, 45 ans, entré le 22 juillet 1944.

Antécédents : en 1934, suture d'une perforation ulcéreuse et

gastro-entéro-anastomose (D^r X...). Plusieurs poussées douloureuses à partir de 1942.

Intervention 25 juillet 1944, D^{rs} Desjacques, Montel.

Gastrectomie Polya.

Examen de la pièce : ulcère calleux de la petite courbure, encore en activité.

Suites simples.

OBSERVATION 107.

C. Albert, 40 ans, entré le 1^{er} mai 1945.

Antécédents : suture d'une perforation ulcéreuse en 1929 : devant la persistance des douleurs, gastro-entéro-anastomose en 1932 (D^r X...). Guérison jusqu'en janvier 1945 ; depuis, douleurs très violentes. Suites simples.

Intervention 5 mai 1945, D^{rs} Desjacques, Allègre.

Gastrectomie Billroth II.

A l'examen de la pièce : ulcère du duodénum cicatrisé, mais ulcère de la face postérieure de l'estomac en activité.

Suites simples.

OBSERVATION 108.

L. Georges, 31 ans, entré le 18 juin 1943.

Antécédents : suture d'une perforation duodénale en 1940, (D^r X) ; depuis, douleurs épigastriques presque quotidiennes.

Intervention 21 juin 1943, D^{rs} Desjacques, Collenet.

Gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : la région pyloro-duodénale est épaissie et enflammée.

Suites simples.

OBSERVATION 109.

G. Claudius, 41 ans, entré le 12 avril 1943.

Antécédents : suture d'une perforation duodénale en 1941 (D^r X...) ; depuis, douleurs persistantes.

Intervention : 16 avril 1943, D^{rs} Desjacques, Paillot.

Gastrectomie Polya.

Examen de la pièce : plaque inflammatoire au niveau de l'ancienne perforation.

Suites simples.

OBSERVATION 110.

G. Jésezma, 30 ans, entré le 10 février 1942.

Antécédents : 17 mars 1941, suture d'une perforation pylorique et gastro-entéro-anastomose ; persistance de douleurs épigastriques.

Intervention 13 février 1942, D^{rs} Desjacques, Jeanjean.

A l'examen de la pièce : plaque inflammatoire au niveau de l'ancienne perforation.

Suites simples.

OBSERVATION 111.

L. André, 36 ans, entré le 12 novembre 1941.

Antécédents : suture d'une perforation duodénale en 1931. (D^r X...). Réapparition des douleurs en 1940.

Intervention 16 novembre 1941, D^r Desjacques.

Gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : pas d'ulcère ; aspect de gastrite hyperplasique.

Suites simples.

OBSERVATION 112

A. Henri, 48 ans, entré le 1^{er} octobre 1953.

Antécédents : suture d'une perforation duodénale en 1950, et devant la persistance des douleurs, une gastro-entéro-anastomose en novembre 1952 (D^r X...) ; mais le malade continue à souffrir et vomit.

Intervention 3 octobre 1953. D^{rs} Desjacques, Dumont.

L'ulcère duodénal paraît cicatrisé ; sténose de la bouche ; agrandissement par le procédé de la coche.

Suites simples.

OBSERVATION 114.

C. Jules, 38 ans, entré le 9 mars 1949.

Antécédents : le 6 février 1946, suture d'un ulcère perforé et gastro-entéro-anastomose postérieure (D^r Desjacques). Entre 1946 et 1949, le malade est revu plusieurs fois pour des syndromes douloureux épigastriques subaigus, avec vomissements importants et calmés par les lavages gastriques.

En mars 1949, nouvel épisode douloureux.

Intervention le 12 mars 1949, D^{rs} Desjacques, Miquet.

C'est une hernie d'une anse grêle dans une brèche du mésocolon transverse après gastro-entéro-anastomose postérieure. Dégagement de l'anse. Fermeture de l'orifice péritonéal.

Suites normales.

OBSERVATION 115.

B. François, 42 ans, entré le 11 octobre 1942.

Antécédents : suture d'un ulcère perforé du duodénum et appendicectomie en juin 1930 (D^r X...). Le 14 octobre 1942, tableau d'occlusion aiguë.

Intervention 14 octobre 1942, D^{rs} Desjacques, Jeanjean.

Nombreuses adhérences sur tout le grêle ; l'occlusion est déterminée par une bride avec un volvulus de la fin du grêle. Libération, un drain.

Suites normales.

OBSERVATION 116

G. Marie, 72 ans, entrée le 28 janvier 1947.

Antécédents : En octobre 1945, suture d'une perforation ulcéreuse et gastro-entéro-anastomose au gros bouton de Villard (D^r Desjacques). Alors que, depuis tout allait bien, brusquement, le 28 janvier 1947, tableau d'occlusion aiguë.

Intervention 28 janvier 1947, D^{rs} Desjacques, Durand.

Incision de Jalaguier ; le bouton est arrêté à 12 cm. de la valvule de Bauhin ; on refoule le bouton un peu plus haut ; extraction par entérotomie.

Suites simples.

OBSERVATION 117

G. Jean, 59 ans, entré le 11 avril 1954.

Antécédents : en 1930, suture d'une perforation duodénale et gastro-entéro-anastomose (D^r X...). Guérison jusqu'en 1950. Depuis, douleurs persistantes.

Intervention 14 avril 1954, D^{rs} Desjacques, Poulat.

Ulcère gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; gastrectomie Billroth II.

Suites simples.

D. — ULCERES TRAITES PAR L'OPERATION DE DRAGSTEDT

(6 observations)

OBSERVATION 118

P. Louis, entré le 10 avril 1953.

Antécédents : en 1947, le malade a subi une opération de Dragstedt pour un syndrome ulcéreux (D^r X...) ; mais depuis, il continue à souffrir et se plaint d'un état nauséux avec haleine fétide.

La radiographie montre une atonie gastrique considérable.

Intervention 14 avril 1953. D^{rs} Desjacques, Dumont.

Duodéno-gastrectomie Billroth II.

Examen de la pièce : estomac à parois minces. La muqueuse est pâle et comme atrophiée ; pas de trace d'ulcère.

Suites simples.

OBSERVATION 119

C. Marcel, 38 ans, entré le 12 janvier 1948.

Antécédents : en 1934, suture d'une perforation gastrique ulcéreuse et gastro-entéro-anastomose (D^r X...). Guérison pendant deux ans ; ensuite, nombreuses poussées douloureuses. Réintervention en janvier 1945 (D^r Desjacques) ; gastrectomie Billroth II, pour ulcère peptique. Le malade recommence à souffrir en 1947 et la radiographie montre un ulcère peptique.

Intervention 20 janvier 1948, D^{rs} Desjacques, Dumas.

Ulcère peptique gastro-jéjunal. Séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la précédente. Dragstedt.

Suites opératoires : complications pulmonaires, puis guérison.

OBSERVATION 34.

V. Michel, 40 ans, entré le 24 février 1948.

Antécédents : En novembre 1946, duodénogastrectomie Bill-

roth II pour ulcère du duodénum (D^r Desjacques) ; mais le malade recommence à souffrir dès sa sortie de l'hôpital.

Intervention 28 février 1948, D^r Desjacques, Maret.

Ulcère peptique gastro-jéjunale. Séparation grêle-estomac ; suture du grêle ; nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la suture. Résection de l'appendice xyphoïde et section des deux nerfs pneumogastriques.

Suites simples.

OBSERVATION 113

M... Lucien, entré le 2 juin 1948.

Antécédents : En 1938, suture d'une perforation polyrique et gastro-entéro-anastomose ; les douleurs réapparaissent en 1942, mais le malade ne vomit pas.

Intervention : 7 juin 1948, D^{rs} Desjacques, Maret.

Persistance de l'ulcère et rétrécissement de la bouche anastomatique. Nouvelle gastro-entéro-anastomose en utilisant l'ancien orifice gastrique. Dragstedt.

Suites : gros météorisme abdominal qui persiste ; complications pulmonaires et décès le 7^e jour.

OBSERVATION 35

B. Victor, 45 ans, entré le 10 mars 1947.

Antécédents : En mars 1945, gastrectomie Billroth II pour ulcère du duodénum ; les douleurs réapparaissent au bout d'un an.

Intervention en février 1946 (D^r Desjacques) : gastrectomie Finsterer en aval de la suture. Guérison deux mois.

Intervention 18 mars 1947, D^{rs} Desjacques, Durand.

Nouvel ulcère peptique gastro-jéjunale. Gastrectomie Billroth II presque totale. Section des pneumogastriques.

Choc opératoire. Décès le lendemain.

OBSERVATION 75

C. Lucien, entré le 27 mars 1948.

Antécédents : En mars 1943 (D^r Desjacques), gastro-entéro-anastomose postérieure pour ulcère sténosant du pylore ; mais le malade continue à souffrir.

Intervention 2 août 1944, D^r Desjacques.

Persistance de l'ulcère pylorique et rétrécissement de la bouche anastomatique ; agrandissement de la bouche par le procédé

de la coche et gastrectomie Billroth II. Guérison pendant deux ans, mais ensuite, douleurs épigastriques violentes.

Intervention 2 avril 1948, D^{rs} Desjacques, Dumas.

Ulcère peptique gastro-jéjunal ; séparation grêle-estomac ; résection d'une tranche gastrique ; nouvelle gastro-entéro-anastomose en aval de la suture du grêle. Dragstedt.

Suites simples.

CHAPITRE VII

TECHNIQUES

A. — Réinterventions précoces.

Il n'y a pas lieu de décrire longuement ces réinterventions essentiellement variables suivant la complication observée et rentrant dans le cadre de la chirurgie d'urgence habituelle.

B. — Réinterventions tardives.

Nous ne donnerons quelques indications précises que pour deux interventions : l'agrandissement d'une bouche anastomotique et l'exérèse d'un ulcère peptique survenant après gastro-entéro-anastomose.

L'ablation de l'ulcère peptique après gastrectomie n'est pas une opération très difficile ni bien longue. Notre Maître, le D^r Desjacques, pense que l'on doit faire l'intervention par voie sous méso-colique. Cette voie permet d'aborder l'ulcère en péritoine relativement libre ; elle permet aussi un clivage facile du moignon gastrique.

I. — AGRANDISSEMENT D'UNE BOUCHE GASTRO-JÉJUNALE RÉTRÉCIE.

On utilise le procédé de la coche enseigné par M. Delore. On ouvre horizontalement la partie antérieure de l'anastomose. On incise verticalement à la perpendiculaire de l'incision précédente, et le grêle et l'estomac. Il ne reste plus qu'à suturer en deux plans ces portions ainsi incisées.

II. — RÉSECTION DE L'ULCÈRE PEPTIQUE APRÈS GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE.

M. Desjacques procède suivant les temps opératoires ci-dessous.

a) *Incision de la paroi* : on repasse par l'ancienne incision et on descend un peu plus bas pour gagner le péritoine libre ; libération des adhérences intestinales et épiploïques à la paroi abdominale antérieure.

b) *Recherche de l'ulcère peptique* : il est sous-méso-colique ou dans le méso approchant plus ou moins près le côlon transverse. On sépare grêle et estomac, ce qui ouvre l'ulcère.

Si l'ulcère est sur le grêle, on l'excise avec parcimonie.

c) *Traitement de la brèche du grêle*. On préfère la suture latérale qui gagne du temps et qui est moins grave. Si la suture du grêle paraît devoir être sténosante, si l'anse afférente est longue, il vaut mieux réséquer ; en effet, il est préférable que le bouton soit mis en aval de la suture, et il ne faut pas d'une anse afférente longue ; une jéjuno-jéjunostomie exposerait à la récurrence de l'ulcère peptique.

d) *On se reporte au-dessus du côlon*, et la gastrectomie est réalisée comme lorsqu'il s'agit d'une opération d'ulcère du duodénum ou de la petite courbure, suivant la technique que le D^r Desjacques a exposée en 1952 dans le *Lyon Chirurgical*. Libération de la grande courbure et de la face postérieure de l'estomac, de gauche à droite. On trouve l'orifice gastrique qu'on sépare soigneusement du méso-côlon transverse pour éviter une brèche trop importante de ce méso. Section et enfouissement du duodénum trouvé souvent très étroit par cicatrisation de l'ancien ulcère. Ligature de la coronaire stomacique, section de l'estomac, fermeture gastrique.

e) *On amène la première anse jéjunale au-dessus du méso-côlon*, mise en place du bouton (nouveau bouton de Villard), dans le grêle en aval de la suture ou de la résection, mise en place du bouton sur l'estomac, (face postérieure ou antérieure) ; serrage du bouton.

f) Descente de l'anastomose gastro-jéjunale et d'une partie du moignon gastrique dans l'étage sous-méso-colique ; on rétrécit la brèche du méso-côlon transverse et on fixe le méso au moignon gastrique. On ferme le hiatus qui sépare l'anse afférente de la face inférieure du méso-côlon transverse pour éviter une hernie de Petersen.

g) Fermeture de la paroi. Cette opération dure, en général, 75 minutes.

CONCLUSIONS

1° Après une première intervention visant à traiter efficacement l'ulcère de l'estomac ou du duodénum, le patient n'est pas toujours guéri et une nouvelle opération peut devenir nécessaire.

Sur nos 1.036 opérés, 119 ont été repris une ou plusieurs fois, soit précocement (dans les six premiers mois), soit tardivement (après six mois).

2° Après gastrectomie, nous comptons 21 réinterventions précoces pour des complications post-opératoires : troubles du transit ou collections suppurées le plus souvent, et 23 interventions tardives nécessitées par un ulcère peptique ou des troubles de canalisation.

3° Après gastro-entéro-anastomose, la réintervention précoce est exceptionnellement nécessaire. Les réinterventions tardives sont faites pour des ulcères peptiques ou plus rarement des troubles fonctionnels.

4° Après opération pour ulcère perforé, les indications de réintervention viennent, en général, d'un ulcère peptique.

Après Dragstedt, une réintervention peut être nécessitée par l'atonie et la dilatation gastrique.

5° Les réinterventions précoces s'adressant à des complications post-opératoires comportent une mortalité importante.

Les réinterventions tardives donnent, dans leur ensemble, une mortalité assez réduite et de bons résultats.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
GABRIELLE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Octobre 1955.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. ALLIX.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Chapitre I : Etude statistique portant sur l'ensemble des opérés	13
Chapitre II : Les réinterventions après gastrectomie ...	17
Chapitre III : Les réinterventions après gastro-entéro- anastomose	21
Chapitre IV : Les réinterventions après ulcère perforé	23
Chapitre V : Opérations de Dragsted	25
Chapitre VI : Observations	27
Chapitre VII : Techniques	67
Conclusion	71

